N° 58
13

CONSIDÉRATIONS

SUR UNE

ÉPIDÉMIE DE SCARLATINE

EN PARTICULIER

AU POINT DE VUE DE LA TOUX

ET DE QUELQUES PHÉNOMÈNES RESPIRATOIRES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 9 Mai 1902

PAR

G. POMMIER

Né à Nimes

POUR OBTENIR LE TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER
IMPRIMERIE DELORD-BOEHM ET MARTIAL
ÉDITEURS DU NOUVEAU MONTPELLIER MÉDICAL

1902

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻)..... DOYEN
FORGUE..... ASSESSEUR

PROFESSEURS :

Hygiène	MM. BERTIN-SANS (✻).
Clinique médicale	GRASSET (✻)
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétricale et Gynécologie	GRYNFELTT
— Charg. du Cours, M. VALLOIS.	
Thérapeutique et Matière médicale	HAMELIN (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Opérations et Appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et Toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : MM. JAUMES, PAULET (O ✻).

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements	MM. PUECH, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	DE ROUVILLE, agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. BROUSSE	MM. VALLOIS	MM. L. IMBERT.
RAUZIER.	MOURET.	H. BERTIN-SANS.
MOITESSIER	GALAVIELLE	VEDEL.
DE ROUVILLE.	RAYMOND.	JEANBRAU.
PUECH.	VIRES.	POUJOL.

MM. H. GOT, *Secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. CARRIEU, Professeur, *Président.*	MM. BROUSSE, Agrégé.
HAMELIN Professeur.	RAUZIER, Agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

G. Pommier.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR CARRIEU

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

G. POMMIER.

CONSIDÉRATIONS

SUR UNE

ÉPIDÉMIE DE SCARLATINE

EN PARTICULIER

AU POINT DE VUE DE LA TOUX

ET DE QUELQUES PHÉNOMÈNES RESPIRATOIRES

INTRODUCTION

Pendant les deux derniers mois de l'année 1901, une épidémie de scarlatine a sévi aux Saintes-Maries-de-la-Mer. Par cela même qu'elle évoluait dans un cercle restreint et en quelque sorte familial — la localité n'a qu'un petit nombre d'habitants, presque tous unis par un lien de parenté — l'épidémie présentait pour nous un vif intérêt, car il nous était possible d'en saisir l'ensemble et d'en noter les particularités cliniques.

Trente-deux malades ont été atteints de scarlatine. Si chez un grand nombre nous n'avons trouvé que les signes habituels de la maladie, chez d'autres — près de la moitié des cas — notre attention a été attirée par l'existence d'une toux d'un caractère spécial, qui ne se trouve point décrit par les classiques parmi les symptômes de la scarlatine.

Quelques auteurs cependant en font mention au chapitre des complications respiratoires, et ils rattachent alors la toux soit à une atteinte du larynx consécutive à l'angine, soit à une lésion relativement plus grave des bronches et des poumons.

Rien n'est plus naturel et d'une explication plus facile que l'existence de la toux dans les affections pulmonaires, mais à quelle cause pouvait-on rattacher la présence de ce facteur insolite dans le cortège symptomatique d'une pyrexie qui évoluait sans aucune lésion de l'appareil respiratoire? A l'irritation du larynx produite par l'angine? Sans doute, mais pourquoi cette irritation, qui est constante dans la scarlatine, ne détermine-t-elle la toux que dans un nombre de cas si restreint?

Y avait-il lieu — à cause de sa fréquence proportionnelle si grande dans l'épidémie que nous observions — de mettre le symptôme anormal sur le compte du « génie épidémique »? Mais ce terme vague et imprécis n'est pas une explication plausible d'un fait clinique bien observé; il ne sert qu'à masquer l'ignorance parfaite où nous sommes de la véritable cause des phénomènes morbides.

Une hypothèse plus rationnelle, plus scientifique, nous a été fournie par l'étude des commémoratifs. En recherchant, en effet, les antécédents des sujets qui présentaient cette toux scarlatineuse, nous avons appris que tous ou presque tous avaient eu, un an auparavant, une coqueluche violente, de longue durée, dont ils étaient encore incomplètement guéris. Dès lors, n'était-il pas naturel d'admettre une corrélation étroite, un rapport de cause à effet entre la toux présentée actuellement par le scarlatineux et la coqueluche antérieure?

C'est dans ce sens que nous avons essayé de rédiger ce modeste travail.

S'il est vrai — ainsi que le disait Courty dans l'éloge du professeur Lallemand — qu'il suffit pour une bonne thèse de quelques observations bien recueillies, bien pesées, bien commentées, encore que nos observations soient loin de répondre à de si légitimes exigences, nous espérons tout au moins avoir fait œuvre quelque peu personnelle.

M. le professeur Carrieu a bien voulu accepter la présidence de notre Thèse et nous éclairer de ses conseils. Nous le remercions pour son aimable obligeance et pour l'honneur qu'il nous fait.

DIVISION DU SUJET

Notre travail comprendra cinq parties :

1° *Historique.* — Dans ce chapitre nous passerons successivement en revue les opinions émises par les différents auteurs sur le sujet qui nous occupe et nous chercherons, dans le rapport qu'ils ont fait de nombreuses épidémies, des cas analogues aux nôtres.

2° *Observations.* — Dans cette seconde partie, nous donnerons les observations, la plupart personnelles, que nous avons recueillies et se rapportant :

(*a*) Aux cas de scarlatine sans toux ni complications ;

(*b*) Aux cas de scarlatine avec toux chez d'anciens coquelucheux mais sans lésions thoraciques ;

(*c*) Aux cas de scarlatine avec toux et complications du côté des organes respiratoires.

3° *Etude clinique.* — Cette troisième partie sera consacrée à l'étude de l'épidémie que nous avons observée, nous donnerons ses caractères distinctifs en insistant sur les modifications apportées par la toux :

(*a*) A l'aspect clinique de la maladie ;

(*b*) Au diagnostic ;

(*c*) Au pronostic ;

(*d*) Au traitement.

4° *Pathogénie.*

5° *Conclusions.*

HISTORIQUE

Alors que tous les auteurs ont appelé l'attention sur les lésions observées du côté du larynx, des bronches et des poumons, à la suite de la rougeole, ils restent à peu près muets sur le même sujet quand il s'agit de la scarlatine.

Avant les descriptions précises de Sydenham, puis de Morten, les relations d'épidémies restent très confuses. Sydenham rapporte l'histoire d'une scarlatine remarquablement bénigne, Morten une des plus graves.

Depuis lors, on trouve dans la science la description d'un grand nombre d'épidémies ayant offert parfois un haut degré de gravité et dans lesquelles presque toujours la scarlatine était compliquée, mais, si nous cherchons à grouper ces épidémies par complication prédominante[1], nous trouvons l'angine grave, gangréneuse, dans celles qui furent observées par Hucham (Plymouths 1752), en Champagne par Nevier (1751), à Essen par Bruning (1770), à Gênes en 1784, à la Ciotat en 1791. Par contre, c'est l'anasarque qui domine dans les épidémies observées en Suède par Rosen (1741-1742), par Zimmermann à Heidelberg (1793), Méca à Copenhague (1787), Robert de Langres (1800), Torrence, en Angleterre (1809). A Céphalonie en 1764 et à Braine en 1767, les symptômes cérébraux sont graves. Dans d'autres épidémies encore, il est fait mention des vers que les enfants rendaient en abondance, des gangrènes consécutives aux piqûres de

[1] Rilliet et Barthez Tome II, pag. 659.

sangsues et aux vésicatoires. Mais nulle part, l'attention n'est attirée sur la toux ou les complications respiratoires. Nulle part, c'est trop dire. En effet, Huncham, dans la relation de l'épidémie observée par lui en 1752, signale[1] entre autres symptômes " un peu de toux " ; au cours de complications graves, non seulement les narines et la gorge étaient attaquées, mais quelquefois la trachée artère même, et les malades rendaient en crachant des lambeaux de ses membranes internes avec beaucoup de sang et de sanie. D'autre part, Guretin[2], dans un mémoire sur une épidémie d'angine scarlatineuse observée dans le canton de Louis d'Angers en 1866, parle de laryngo trachéite, et c'est tout.

Enfin, Jaccoud prétend que, dans certaines épidémies, les accidents respiratoires sont la cause principale de la gravité de la maladie[3]. « A Würzbourg, par exemple, au rapport de Voit, il en a été ainsi pendant une période de trente années, de 1842 à 1871 ; de même pour l'épidémie italienne de San Giorgio Lamellina, en 1868-69, Penini a noté que, dans la plupart des cas de mort, on constate des complications sur l'appareil respiratoire. La plus fréquente et la moins grave de ces déterminations est le catarrhe bronchique. Vient ensuite la pneumonie et enfin la broncho-pneumonie. Sur les 81 autopsies qui servirent de base au travail de Hebselbark, le catarrhe bronchique a été constaté 21 fois, la pneumonie 13 fois, la broncho-pneumonie 7 fois, c'est-à-dire que l'appareil respiratoire a été intéressé dans la moitié des cas mortels. »

Des mémoires spéciaux ont été écrits sur les difficultés du diagnostic de la scarlatine, sur les douleurs de tête aiguës, le coma, les convulsions, sur les modes de l'éruption,

[1] In Rilliet et Barthez, pag. 611.

[2] In Rilliet et Barthez, pag. 113.

[3] Jaccoud. Leçons de clin. méd., tom. II, pag. 246.

sur la scarlatine sans exanthème, sur l'angine diphtéritique, sur les inflammations articulaires, sur la néphrite, etc. Mais jusqu'à la thèse de Brissot, en 1875, nulle étude spéciale n'est faite des complications respiratoires à la suite de la scarlatine.

Cependant Rilliet et Barthez donnent quelques renseignements précis qu'il nous semble utile de rapporter ou résumer avec soin, car ce sont les premiers en date, et les auteurs qui suivent, ou bien les ont reproduits avec variantes, ou bien les ont combattus.

Après avoir montré qu'au cours de la scarlatine la respiration reste toujours pure et ne s'accélère qu'avec la fièvre, Rilliet et Barthez ajoutent : «Cependant, *la toux est fréquente, même dans la scarlatine simple et normale, mais l'absence de toute lésion bronchique ou pulmonaire indique qu'ici ce symptôme n'appartient plus aux voies respiratoires.* En effet, l'angine peut seule expliquer ce phénomène. En général, la toux scarlatineuse est sèche, varie d'abondance, parfois elle est rauque et résonnante ou bien éteinte, et dans ce dernier cas, elle indique presque toujours que l'inflammation gutturale s'est prolongée jusque dans les voies aériennes et a envahi le larynx.

» La toux apparaît toujours pendant les premiers temps de l'éruption, et sa durée est variable comme celle de l'angine.

» On conçoit facilement que, si une complication pulmonaire ou pleurale se déclare, la toux apparaîtra avec elle et la suivra dans sa marche, ne présentant aucun caractère plus spécial que celui qu'elle a d'habitude, lorsque ces affections sont secondaires à une autre maladie. »

Les lésions constatées à l'autopsie montrent « que [1] l'appareil respiratoire était généralement sain. Le larynx, la

[1] Id., pag. 197.

trachée et les bronches avaient leur couleur rosée normale, exagérée dans quelques cas, mais rarement. Les poumons, parfois gorgés de sérosité, présentaient plus souvent leurs vaisseaux remplis de sang liquide et noir, ailleurs ils étaient peu congestionnés. »

En étudiant les complications, Rilliet et Barthez mentionnent[1] que la rougeur du pharynx peut s'étendre aux cordes vocales et à tout le larynx. Dans certains cas graves, mais très rares, de fausses membranes gagnent les cordes vocales, la trachée, l'origine des bronches même. Deux observations viennent à l'appui de ces dires. Plus loin[2], ils étudient plus spécialement la bronchite et la pneumonie compliquant la scarlatine. Le plus souvent, la bronchite est un épiphénomène d'autres complications et surtout de l'angine, elle est rare. La pneumonie revêt la forme de pneumonie secondaire; la marche de la maladie est difficile à étudier, car la plupart des enfants meurent avant que l'affection n'ait atteint son développement. Enfin[3], envisageant l'influence de la scarlatine sur les maladies pendant le cours desquelles elle se développe, Rilliet et Barthez émettent cette conclusion que la scarlatine peut aggraver les affections dans le cours desquelles elle survient, si elles sont au nombre de celles qui d'habitude la compliquent ; dans le cas contraire, l'exanthème peut avoir une influence opposée et arrêter la marche de l'affection primitive. Ils citent comme exemple de la première influence l'observation, que nous rappelons plus loin (Observation XX), d'un enfant présentant pendant 5 jours une symptomatologie pharyngo-laryngée puis celle d'une scarlatine, enfin mourant au vingtième jour. Au contraire, la scarlatine aurait une influence dérivative favorable

[1] Id., pag. 607 et 608.

[2] Id., pag. 625.

[3] Id,. pag. 630.

sur la pneumonie. De même, les auteurs auraient vu *une coqueluche se terminer* et une chorée s'amender, puis disparaître.

On le voit, Rilliet et Barthez sont une source de renseignements assez féconds en ce qui concerne les rapports de la scarlatine et de l'appareil respiratoire.

Tout au contraire, dans Graves, bien qu'il rapporte une trentaine d'observations, on ne trouve rien ; dans Trousseau, rien, ou plutôt chez ce dernier la seule affirmation, de plus en plus catégorique à mesure que la notoriété du clinicien s'établit, que « la scarlatine n'aime pas le larynx [1]. Il ajoutait, par ailleurs : « Ici, ce ne sont plus les poumons qui sont pris, comme dans la rougeole, ce sont les membranes séreuses, la plèvre et le péricarde. » Cette opinion devait avoir force de loi pour les élèves de Trousseau, et nous la retrouvons formulée dans tous les traités classiques.

Nous en arrivons maintenant à une thèse où se trouvent scrupuleusement rapportées des observations auxquelles les lésions pulmonaires, à peine mentionnées jusqu'alors, donnent un attrait tout nouveau. Brissot, en 1875, écrit la relation d'une épidémie de scarlatine observée à l'hôpital Sainte-Eugénie, dans le service de M. Bergeron. Les complications thoraciques, abstraction faite des pleurésies, se sont présentées dans cette épidémie avec une fréquence et une intensité particulières, puisqu'elles ont été observées dans un tiers des cas et plusieurs fois mortelles. Antérieurement, les malades avaient été atteints de coqueluche, de rougeole, de diphtérie, mais Brissot estime que les lésions pulmonaires ne sauraient être rattachées à ces affections antérieures. Tous ces accidents sont survenus immédiatement après

[1] Trousseau ; Clin. méd., tom. 1, pag. 165.

l'éruption et même pendant la période aiguë de la maladie, la mortalité a été de 5 pour 6.

Contrairement à ce qu'énonçaient Rilliet et Bailly, dans deux cas de pneumonie, la scarlatine incidente a considérablement aggravé l'évolution. Enfin, au point de vue anatomo-pathologique, ces complications sont d'ordre congestif, ainsi que le démontrent les observations II, VIII et XII de Brissot, que nous rapportons plus loin sous les numéros d'ordre.

Le magistral article de Sanné[1], dans le Dictionnaire encyclopédique, écrit en 1879, contient, de çà de là, des indications intéressantes. « Dans l'angine scarlatineuse, dit l'auteur, la toux peut exister aussi ; elle est causée par l'irritation gutturale, elle est alors fréquente, petite et sèche ; quand elle est éclatante, rauque ou éteinte, ce qui est plus rare, elle indique une laryngite. »

Plus loin, Sanné passe en revue toutes les complications portant sur l'appareil respiratoire ; après avoir rapporté la phrase de Trousseau, relative au larynx, et confirmé la rareté de la laryngite, due le plus souvent à la propagation d'une angine intense, il ajoute : « Il ne faudrait pas mettre sur le compte de la laryngite la petite toux sèche que font entendre certains scarlatineux, il s'agit alors plus vraisemblablement d'une action réflexe, provoquée par l'irritation des parties profondes du pharynx. Dans certaines épidémies, elle se montre d'une fréquence spéciale ; dans celle dont Hamilton a donné la relation, on voit l'exanthème envahir de proche en proche le pharynx, l'épiglotte, la trachée et même les bronches. »

Quelques passages encore méritent d'être rapportés.

Bronchite. — « Les scarlatineux toussent rarement quand la scarlatine est primitive ; *encore lorsqu'elle vient après quel-*

[1] Sanné ; pag. 320 et suivantes.

que maladie à toux, ce symptôme s'arrête-t-il souvent au moment où apparaît la scarlatine. Toutefois, on peut entendre les scarlatineux tousser dans quelques cas très rares, sans complications apparentes ; j'ai pris note d'un scarlatineux qui toussait d'une manière incessante pendant les prodromes de la maladie et d'un autre qui fut pris de toux le 4me jour de l'éruption, sans qu'on pût constater de lésion thoracique. » Sanné indique ensuite la fréquence de la bronchite lorsque la scarlatine a été précédée de rougeole à court intervalle, ou même dans la scarlatine simple primitive, mais très intense ; les accidents paraissent alors dus vraisemblablement à l'envahissement de la muqueuse bronchique par l'exanthème. « La constitution médicale influe notablement sur la fréquence de ces phénomènes thoraciques. Pendant l'année 1855, qui se signala par le grand nombre des rougeoles et des fièvres catarrhales, les scarlatineux offrirent souvent les symptômes du catarrhe bronchique. »

La broncho-pneumonie, plus rare de beaucoup, se rencontre de préférence dans les scarlatines qui y sont préparées déjà par une maladie coutumière de ce genre de complications : *rougeole*, *coqueluche*. La pneumonie est plus commune que la bronchite.

Enfin, Sanné étudie la scarlatine secondaire ; 1° à la rougeole. Dans 3 cas, sur 11 qu'il a observés, on vit la toux de la rougeole, qui avait cessé, reprendre avec intensité ; 2° à la coqueluche : sur 11 cas, la scarlatine a été plusieurs fois anormale dans ses prodromes comme dans sa période éruptive. Les complications furent celles de la coqueluche et de la scarlatine : broncho-pneumonie, pneumonie cachectique.

Chez plusieurs malades, la toux diminua pendant les premiers jours, *puis elle reprit avec son intensité primitive*.

Il y a là des remarques de grand intérêt, nous n'en saurions dire autant des articles que Picot, Cadet de Gassicourt

ont écrits sur la scarlatine. On y chercherait en vain aucune indication utile.

Jaccoud, dans ses leçons cliniques, rapporte tout au long et étudie point par point l'observation d'un malade atteint de scarlatine grave, dont la lente évolution a rassemblé toutes les complications habituelles ou rares de la maladie : « Ce malade présentait déjà, au moment de son arrivée, un catarrhe bronchique assez intense pour causer une véritable dyspnée. Cet incident mérite l'attention, *car il n'est point exceptionnel* ; sans doute les manifestations sur l'appareil respiratoire sont loin de la constance qui les distingue dans la rougeole, mais pourtant *elles sont assez communes*. Dans certaines épidémies, dans certaines régions, ces accidents sont la cause principale de la gravité de la maladie et de la mort ».

Jaccoud cite ensuite à l'appui les épidémies de Würzbourg et San Giorgio Lamellina et les faits de Helselback, signalés plus haut.

La thèse de Couatarmanach, en 1893, contient une trentaine d'observations : pas une fois la toux n'est mentionnée.

Deux statistiques de Caiger, l'une de 1891, l'autre de 1893, sont relatives : la première [1] à 1,008 cas, parmi lesquels pas une seule fois il n'est fait mention de complications laryngées ou pulmonaires, la seconde [2] à 4,015 cas avec bronchite dans la proportion de 1,12 pour 100 des cas.

C'est encore une statistique que Hase [3] rapporte, en 1895. Elle porte sur 2,453 scarlatineux, soignés à l'hôpital d'enfants de Saint-Pétersbourg de 1871 à 1893. On y trouve 31 cas de scarlatine greffée sur une coqueluche avec 13 décès, mais il

[1] Analysis of 1008 cases of scarlat fever. The lancet, 6 juin 1891.

[2] On the complications of scarlat fever. Humus Hoy. Rep. xxi, pag. 109. 1893.

[3] Statistik der Scharlock. In Revue de Hayem 1895, 45, pag. 586.

n'est pas fait mention, dans le résumé fait par la *Revue de Hayem*, de complications respiratoires et nous n'avons pas pu nous procurer l'article original.

Dans sa thèse de 1895, Mazeroux [1] note la coïncidence de la scarlatine et des symptômes catarrhaux tels que coryza, larmoiement, toux qui auraient pu faire penser à l'invasion de la rougeole. Ces faits trompeurs doivent être connus.

Ber, dans une thèse faite sur la coexistence et la simultanéité des fièvres éruptives, cite des exemples analogues et les interprète par la coexistence des deux affections. Pour Mazeroux, ces phénomènes catarrhaux étaient dus à l'existence en ce moment (1894), à Paris, d'une épidémie de grippe qui modifia parfois les symptômes de la scarlatine. C'est l'opinion ancienne et bien connue de l'influence sur la marche des maladies de la constitution médicale régnante.

Parmi les observations de Mazeroux, la bronchite est signalée d'un mot aux cas 38, 43, 49, 32, 59, 76. Nulle part, il n'est fait mention des antécédents.

En 1896, après une épidémie à l'hôpital des Enfants malades, Apert [2] relève sur 239 malades, 7 cas de bronchite, 12 de broncho-pneumonie avec 5 morts.

Si maintenant nous passons successivement en revue les auteurs classiques :

D'Espine et Picot, Filatow ne mentionnent pas les complications respiratoires.

Wurtz [3] écrit : « La scarlatine n'aime pas le larynx (Trousseau). Il est néanmoins des épidémies où les complications laryngées, suivies même d'œdème de la glotte, sont fréquentes.

[1] Th. de Paris, 1895, n° 473, pag. 420.

[2] Revue de Hayem, 1896-48, pag. 584.

[3] Tom. I, pag. 276.

Guinon [1] estime que, sauf la pleurésie, presque toutes les complications respiratoires de la scarlatine ont, comme cause immédiate, la diphtérie, la pseudo-diphtérie ou l'albuminurie. Plus loin, il écrit : « Le croup a été observé dans certaines épidémies, ainsi que la bronchite pseudo-membraneuse, et cela, non seulement à la suite de l'angine tardive (diphtérie vraie), mais aussi comme complication d'une angine à streptocoques (Bourges). La pathogénie de la broncho-pneumonie, qui est exceptionnelle, est dominée par le streptocoque.

D'après Sallart [2], l'intégrité des voies respiratoires est la règle dans la scarlatine normale. La toux manque ou est uniquement imputable à l'angine.

Enfin, on peut résumer de la façon suivante le chapitre que Moizard [3] consacre aux complications respiratoires de la scarlatine. Il y a lieu de distinguer ces complications suivant leur pathogénie en :

a) Complications dues à la diphtérie, laryngite non point précoce, car l'angine du début qui lui donne naissance n'est jamais diphtéritique, donc laryngite seulement tardive, secondaire.

b) Complications dues au streptocoque envahissant progressivement les tissus ou appareils voisins de sa localisation pharyngée primitive, laryngite qui, très exceptionnelle, peut être ici précoce ; broncho-pneumonie très rare, pleurésie.

Nous devons également mettre en évidence une phrase de Comby relative à la coqueluche. « Les quintes de coqueluche écrit-il, sont atténuées par l'intervention des fièvres éruptives ».

[1] Tom. II, pag. 462.

[2] Tom. VIII, p. 114 et 138.

[3] Tom. I, pag. 305.

Si nous voulons maintenant résumer les notions qu'a pu nous donner sur la question l'étude historique que nous venons de faire, il nous semble qu'en nous basant surtout sur les remarques cliniques si judicieuses de Rilliet et Barthez et de Sanné, nous pouvons distinguer :

1° La toux scarlatineuse, toux de début qui n'est nullement subordonnée à une lésion laryngée, bronchique ou pulmonaire et se trouve ainsi n'être qu'un symptôme anormal de la scarlatine même simple.

2° La toux de complication, toux tardive qui relève d'atteintes secondaires du larynx, des bronches ou des poumons.

OBSERVATIONS

Observation Première

(personnelle)

Scarlatine type sans toux ni complication d'aucune sorte

Adèle R..., 20 ans, a eu la rougeole à 4 ans. Nous fait appeler le 5 décembre pour une angine dont elle souffre depuis deux jours. Elle a eu des frissons, quelques nausées et se plaint de ne pouvoir avaler même les liquides. A l'examen de la gorge, nous constatons que le voile, les piliers et les amygdales sont d'un rouge foncé avec quelques concrétions blanchâtres à l'orifice des cryptes.

Les glandes parotides et sous-maxillaires sont grosses et douloureuses à la pression.

En raison du milieu épidémique, nous pensons à la scarlatine et nous faisons prévoir une éruption à bref délai. En effet, le soir, la malade se couche avec une forte fièvre, et le lendemain l'exanthème scarlatineux apparaît abondant sur tout le corps, la face restant complètement indemne.

Pas d'albumine dans les urines.

La fièvre se maintient à 40° pendant 5 jours, puis décroît progressivement.

La desquamation commence le huitième jour et durait encore quand nous avons vu la malade un mois après.

Évolution normale ; aucun incident à noter.

Remarques. — Cette observation et les trois suivantes n'ont pas offert le signe exceptionnel qui fait le sujet de

notre thèse. Nous les donnons néanmoins soit pour ôter tout doute au sujet du diagnostic, soit pour bien marquer le caractère de l'épidémie.

Observation II

(Personnelle)

Scarlatine sans toux. — Récidive. — Absence de desquamations.

Jeanne-Marie A..., 8 ans, a eu la rougeole à 3 ans, et, d'après les parents, aurait eu la scarlatine à 5 ans. « Elle était rouge comme une écrevisse, dit la mère, puis elle se pela toute. »

Quelle que soit l'exactitude de ces commémoratifs, le 2 janvier Marie L... fut prise de vomissements bilieux abondants avec mal de gorge et fièvre ardente. Aucun symptôme de catarrhe. L'éruption, d'une coloration écarlate avec piqueté très net, fut brusque et violente. Durée de la fièvre, 6 jours. Défervescence en lysis. *Desquamation nulle ou imperceptible.* — Guérison.

Observation III

(Personnelle)

Scarlatine sans toux. — Absence de fièvre.

Jacques A..., 15 ans, a eu la rougeole. Est pris le 24 novembre d'un malaise général. Céphalalgie, vomissements. *Pas de fièvre, le thermomètre ne s'élève pas au-dessus* de 37°,6. Eruption scarlatineuse, caractéristique. Desquamation au huitième jour. Evolution normale. — Guérison.

Observation IV

(Personnelle)

Nerthe de B..., 6 ans, n'a pas eu la rougeole.

On nous fait appeler le 1er décembre à la campagne. La petite malade a contracté la scarlatine en traversant la localité quelques jours auparavant. Elle a eu, la veille, des vomissements bilieux, de la fièvre avec mal de gorge. Nous la trouvons en pleine éruption. Durée de la fièvre, 6 jours. Desquamation normale. Convalescence. — Guérison.

Nous avons recueilli dix autres observations où les symptômes de la scarlatine étaient au complet et ne laissaient aucun doute sur la nature de l'épidémie. Comme toutes se ressemblent et n'offrent aucun intérêt particulier, nous n'en parlerons pas.

Observation V

(Personnelle)

Coqueluche antécédente. — Scarlatine avec toux du début, *sans lésions respiratoires.*

Esprit P..., 6 ans, tempérament lymphatique, a eu la rougeole à 3 ans, la coqueluche en 1900. Cette dernière maladie a duré neuf mois et a été très violente. *Depuis lors*, le jeune E... est sujet aux bronchites, et tous les hivers il s'enrhume avec la plus grande facilité.

Le 12 décembre, l'enfant éprouve quelques frissons et se couche avec une forte fièvre, il vomit toute la nuit.

Le 14 décembre, nous sommes appelé, et nous trouvons le petit malade couvert d'une éruption scarlatineuse étendue avec piqueté très apparent. La face elle-même est rouge et

bouffie ; on ne trouverait pas un intervalle de peau saine sur tout le corps. La température prise sous l'aisselle est de 40°,3. La langue est rouge sur les bords et à la pointe, couverte d'un enduit blanchâtre dans le reste de sa surface. L'agitation est vive, mais il n'y a pas de délire. La gorge est le siège d'une vive douleur. L'examen du pharynx est impossible à cause de la difficulté qu'éprouve le malade à ouvrir la bouche, mais un pinceau introduit dans la gorge pour y porter un collutoire ramène des membranes molles et grisâtres ; quelquefois l'enfant les rejette spontanément. La pression exercée derrière la mâchoire du côté droit est particulièrement douloureuse ; du même côté, la parotide, la glande sous-maxillaire et les ganglions cervicaux sont considérablement tuméfiés. L'adénopathie est considérable, toute la région cervicale forme une masse dure et douloureuse à la pression. Urines foncées, mais pas d'albumine.

En même temps, les parents nous signalent avec inquiétude, et nous constatons l'existence d'une toux brève, sèche, opiniâtre, coqueluchoïde, non suivie d'expectoration et qui durera jusqu'à la fin de la maladie. L'auscultation pratiquée avec soin et à plusieurs reprises ne permet de constater aucune lésion des organes thoraciques.

Pendant trois jours, le thermomètre se maintient aux environs de 40°, l'adénopathie et l'angine restent intenses. Le 17, une légère amélioration se produit et persiste les jours suivants, le thermomètre tombe à 37°,5. Le 19, une nouvelle et brusque ascension se produit, la température est de 39°,7. L'enfant se plaint d'une douleur violente dans le genou droit, il ne peut mouvoir sa jambe, qui, soulevée, retombe inerte sur le plan du lit ; l'articulation est rouge et sensible à la pression. Durée de l'arthropathie, trois jours. Puis les symptômes s'amendent et le thermomètre retombe à 37°,2.

Le 22, nouvelle ascension qui cette fois coïncide avec un catarrhe oculaire très intense : la conjonctive est hyperémiée, l'œil très rouge et larmoyant.

2 jours après, l'apyrexie reparaît au grand contentement de la famille, qui espère que cette fois tout est fini. Il n'en est rien. Le 25, le thermomètre marquait encore 39°5 en même temps que se déclare un coryza d'une intensité rare. Le nez donne lieu à un écoulement séreux extrêmement abondant, l'enfant salit plusieurs mouchoirs en quelques heures. Enfin, le 27, la température revient à la normale et la convalescence s'établit sans autre incident. Un mois après, la desquamation durait encore.

Remarques. — Cette observation se distingue par la présence de la toux coqueluchoïde chez un enfant atteint antérieurement de coqueluche intense et par les oscillations de la température dont chaque ascension était déterminée par une lésion locale : arthropathie, catarrhe oculaire, coryza et dont la cause peut être attribuée à l'imprégnation profonde de l'organisme par le virus scarlatineux.

Observation VI

(Personnelle)

Rougeole et coqueluche antécédentes.
Scarlatine avec toux précoce sans lésions respiratoires.

Henriette Bl..., 7 ans, a eu la rougeole à 3 ans, la coqueluche l'année dernière ; depuis cette époque, rhumes fréquents.

Le 12 novembre, elle est prise de vomissements, angine et fièvre ; le lendemain, au dire de la mère, car elle ne fit pas appeler le médecin, l'enfant était rouge comme si elle avait eu un coup de soleil. On laisse la maladie évoluer sans prendre

de soins, et dès le 13me jour l'enfant pouvait sortir et aller où elle voulait.

Le 28 novembre au soir, nous sommes mandé à la hâte et nous trouvons la jeune H. en proie à de vives douleurs dans les reins; les membres inférieurs complètement paralysés, céphalée, troubles de la vue; les urines rares, mousseuses, renferment de l'albumine. Nous pensons à une complication du côté des reins. En même temps, nous *remarquons que la petite malade est secouée par une toux fréquente, brève, non suivie d'expectoration, ressemblant à celle que nous avons rencontrée plusieurs fois dans le cours de la même épidémie. Il n'y a rien du côté des organes respiratoires. Les parents nous apprennent que cette toux a débuté vers le 3e ou 4e jour de la maladie et que depuis elle n'a pas cessé.*

Sous l'influence du régime lacté absolu, de quelques purgatifs et du sirop iodo-tannique, cette légère néphrite scarlatineuse disparaît peu à peu; la desquamation se fait normalement. La convalescence est longue et la toux persiste longtemps.

Observation VII

(Personnelle)

Coqueluche antécédente — Scarlatine avec toux sans lésions pulmonaires

Anna S..., 11 ans, a eu la rougeole à 5 ans, la *coqueluche* en 1900, mais elle ne tousse pas habituellement et ne paraît pas être plus sensible qu'une autre aux causes de refroidissement.

La maladie débute le 1er novembre par des frissons, une forte fièvre avec des vomissements répétés; quelques heures après, de grandes plaques rouges commencent à se montrer aux jambes et à la face interne des cuisses, et bientôt l'exanthème scarlatineux est constitué avec ses signes distinctifs. Temp. 39°3.

La maladie évolue normalement, *mais au quatrième jour, A... commence à tousser et cette toux, dont l'opiniâtreté attire l'attention de l'entourage, fait craindre une affection des organes pulmonaires, mais aucun signe n'existe de ce côté.*

La desquamation se fait normalement. La convalescence s'établit, l'enfant revient peu à peu à la santé, mais cette toux coquelucheïde persiste longtemps avec les mêmes caractères quoique de moins en moins intense.

Observation VIII

Coqueluche antécédente : scarlatine avec toux, sans lésions de l'appareil pulmonaire, complication angineuse.

Marie Ch..., 7 ans, a eu la rougeole à 3 ans et la coqueluche en 1900. La maladie débute par l'exanthème. Le 22 décembre, l'enfant revient de l'école couverte d'une éruption scarlatineuse, puis surviennent les vomissements, la céphalalgie et la fièvre, mais l'angine est très légère, la malade avale sans trop de difficulté, c'est à peine si on constate un peu de rougeur au fond de la gorge. Vers le troisième jour, *apparaît une toux petite, fréquente, un peu éteinte, qui peut faire craindre l'invasion des voies respiratoires.* Pourtant, *il n'y a rien d'anormal de ce côté-là.* La fièvre décroît rapidement, la desquamation est peu abondante, la convalescence s'établit. Les parents, sans tenir compte des conseils de prudence qu'on leur donne, laissent lever l'enfant, qui passe quelques heures sur le devant de sa porte.

Le lendemain, M... est secouée par des frissons et se remet au lit en se plaignant beaucoup de la gorge. En effet, nous assistons à une manifestation angineuse d'une rare intensité. Des fausses membranes épaisses et grisâtres, ressemblant tout à fait à celles de la diphtérie, tapissent les piliers, la luette, les amygdales ; les ganglions sous-maxil-

laires sont engorgés ; l'enfant respire avec peine, la fièvre est à 40° 6/10, les urines très rares et foncées, l'état général paraît grave.

Comme traitement nous ordonnons : Collutoire à l'acide salicylique, fréquents lavages de la bouche à l'eau boriquée, quinine (le pays étant constamment sous l'influence des fièvres paludéennes). Dès le quatrième jour, nous voyons les phénomènes diminuer d'intensité, les fausses membranes disparaissent progressivement, la convalescence s'établit, mais elle a été très longue ; plus de cinq semaines après, la malade n'était pas encore complètement guérie.

Remarques. — Cette observation est intéressante. Nous trouvons d'abord comme épiphénomène *la toux sans lésions thoraciques*, qui n'a entravé en rien l'évolution de la maladie et qui ne retardera pas la guérison. En second lieu, elle nous offre un exemple de complication angineuse. Si nous en croyons les classiques, cette angine tardive, secondaire, est toujours de nature diphtérique et elle entraîne la mort des malades ; or le cas que nous venons de relater ne comporte pas un pronostic aussi sévère. Il nous permet même d'émettre des doutes sur la nature diphtérique de l'angine secondaire. Il est vrai que l'examen bactériologique n'a pas été fait, mais nous sommes porté à croire à une angine à streptocoques, dont la gravité est moins grande.

Observation IX

(Personnelle)

Coqueluche et grippe antécédentes. – Scarlatine avec toux, sans lésions respiratoires.

Adèle B..., 14 ans, tempérament lymphatique, a eu la rougeole à 3 ans, la coqueluche en 1900 et, il y a peu de temps, la grippe, pour laquelle elle reçut les soins de notre confrère le docteur T..., d'Arles.

Le 10 décembre, elle accuse une sensation de brûlure dans la gorge, vomit et se couche avec une forte fièvre. Évolution normale ; durée de la fièvre, 10 jours.

La malade sort prématurément et contracte une otite suppurée. *Elle n'a pas cessé de tousser pendant tout le temps de la maladie, bien qu'aucune lésion des organes thoraciques n'ait pu être constatée.*

Observation X

(Personnelle)

Coqueluche antécédente. — Scarlatine sans lésion, avec toux persistante

Guillaume Pl. ., 15 ans, a eu la rougeole et la coqueluche. Le 1er décembre est pris de vomissements ; mal de gorge ; fièvre ardente. Angine intense. Adénopathie sous-maxillaire considérable. Ganglions cervicaux durs et tuméfiés. *En même temps et à partir du troisième jour toux brève, sèche, opiniâtre, remarquable par son intensité et sa longue durée. Rien du côté des organes pulmonaires.*

Observation XI

(Personnelle)

Coqueluche antécédente. — Scarlatine avec toux, sans lésions des organes respiratoires.

Elise B..., 9 ans, a eu la rougeole à 3 ans, la coqueluche en 1900. Est sujette depuis lors aux rhumes et aux bronchites.

Le 28 novembre, en sortant de l'école, elle a des nausées, puis des vomissements répétés. Angine. Temp. 39. Les vomissements durent jusqu'au troisième jour, c'est-à-dire jusqu'à l'apparition de l'exanthème. Évolution normale.

A noter pendant toute la durée de la maladie l'existence

d'une *toux quinteuse, opiniâtre, sans que rien dans les organes thoraciques permette d'en expliquer la provenance.* Convalescence courte. Guérison.

Observation XII

(Personnelle)

Coqueluche antécédente. — Scarlatine avec toux, sans lésions de l'appareil respiratoire

Pierre B..., 5 ans, n'a pas eu la rougeole, mais il a eu la coqueluche l'année dernière.

En pleine santé, sans aucun prodrome, le 15 décembre, il rentre de l'école, rouge comme une pivoine. Le soir, vomissements bilieux, angine et fièvre. *Pendant toute la maladie, toux fréquente, sans aucune lésion des bronches ni des poumons.* Évolution normale. Convalescence courte. Guérison.

Observation XIII

(Personnelle).

Coqueluche antécédente. — Scarlatine avec toux, sans lésions pulmonaires. — Chorée.

Anna P..., 10 ans, a eu la rougeole à 4 ans et la coqueluche en 1900. La scarlatine débute par l'angine, qui est très violente. Adénopathie considérable, vomissement bilieux, fièvre 39-40° pendant plusieurs jours. Malgré ce, éruption légère et desquamation peu abondante. Pas d'albumine dans les urines.

Nous notons la *présence d'une toux quinteuse, sèche, persistante; la respiration est pure — il n'y a pas d'expectoration.*

Cette toux persiste pendant tout le temps de la maladie et après la guérison.

15 jours après, on remarque des signes de chorée.

Remarque. — On sait que la chorée est une complication assez fréquente de la scarlatine.

Observation XIV

(Personnelle).

Coqueluche antécédente. — Scarlatine avec toux, sans lésions thoraciques.

Jacques P. ., 9 ans, frère de la précédente, a eu, comme sa sœur, la coqueluche l'année dernière.

Le 15 décembre, est pris de vomissements bilieux, fièvre, forte angine. Eruption très marquée. Pointillé framboisé sur fond rouge, rien à la face. Pas d'albumine dans les urines. *Toux quinteuse, éclatante, opiniâtre*, sans expectoration ni lésions thoraciques. Evolution normale. Guérison.

Observation XV

(Personnelle).

Coqueluche antécédente. — Scarlatine avec toux sans lésions de l'appareil respiratoire.

Suzanne C... 7 ans, a eu la rougeole à 2 ans, la coqueluche en 1900. Contracte la scarlatine le 20 novembre. Mêmes débuts que les cas précédents. Rien d'anormal dans l'évolution si ce n'est la présence pendant tout le temps de la maladie d'*une toux sèche, quinteuse, coqueluchoïde, sans aucune lésion des organes thoraciques*. Guérison.

Observation XVI

(Personnelle).

Scarlatine avec toux. Catarrhes bronchiques antécédents.

Marie C..., 11 ans, tempérament lymphatique, n'a pas eu la coqueluche, mais, au dire des parents, elle était sujette à s'enrhumer facilement.

La maladie débute le 15 novembre par les vomissements, la fièvre et le mal de gorge. Le lendemain, l'exanthème

scarlatineux fait son apparition au cou, à la poitrine, au dos. Rien à la face. La mère appelle notre attention *sur une toux dont la fréquence la fatigue et dont la persistance l'inquiète.* Elle me prie d'ausculter avec soin sa fille pour voir si elle n'a pas une « pleurésie » (terme par lequel, dans nos campagnes, on désigne toutes les maladies graves des voies respiratoires).

De ce côté-là, nous ne découvrons rien, absolument rien de suspect. La toux est petite, sèche, non suivie d'expectoration, mais elle cesse dès le 4e jour. L'urine ne renferme pas d'albumine.

Arthropathie dans le cours de la maladie. Quelques applications de teinture d'iode en ont bientôt raison et la guérison s'achève sans autre incident.

Remarque. — Ce cas est le seul où nous avons rencontré la toux en dehors de toute complication et sans coqueluche antérieure. Il est à remarquer que sa durée a été plus courte.

Observation XVII

(Résumée)

Th. Brissol, n° 3. — Ancienne coqueluche. Bronchite-Scarlatine

Louise B..., 6 ans, a eu la coqueluche il y a 6 mois; elle entre avec de la bronchite : râles sous-crépitants humides, à bulles assez larges, dans les deux poumons de haut en bas.

Cinquième jour. *La toux est plus rare, mais reprend parfois le caractère des quintes de coqueluche* ; à gauche, la respiration est pure dans les deux tiers supérieurs des poumons, quelques râles à la base ; à droite, râles plus confluents.

Treizième jour. Pouls 128. Température matin, 38°4 ; température soir, 40°2, les râles axillaires ne se reproduisent que dans les efforts de toux et la respiration est moins rude que les jours précédents.

Quatorzième jour. Erythème scarlatineux. Les râles sont plus accusés.

Les jours suivants, la scarlatine évolue. Peu à peu, le souffle de l'aisselle fait place à une respiration rude, mais dans les efforts de toux, on entend encore quelques bulles. A gauche, des signes d'engouement se sont produits à la base. *Les quintes aujourd'hui présentent d'une manière très nette le caractère de la coqueluche.*

Au vingt-troisième jour, l'éruption scarlatineuse a disparu, les râles sont devenus de moins en moins nombreux ; l'enfant sort guérie le trente-cinquième jour.

Observation XVIII

(Personnelle)

Coqueluche antécédente. Scarlatine avec toux et bronchite coexistante

Claudine C..., 9 ans, a eu la rougeole à 3 ans, la coqueluche l'année dernière. Depuis cette époque, troubles du côté de la respiration, rhumes fréquents, bronchites à répétition. Elle toussait depuis quelques jours.

Le 20 novembre, elle est prise de céphalalgie, vomissements bilieux et fièvre intense. Appelé le lendemain 21 novembre, nous sommes frappé en entrant dans la chambre par les éclats *d'une toux un peu rauque, sèche, quinteuse*, et nous pensons de suite à une maladie des voies respiratoires, mais, en examinant la malade, nous constatons un commencement d'éruption sur la poitrine et sur le dos. A l'auscultation, râles sibilants et ronflants des deux côtés de la poitrine avec quelques râles humides à la base. L'enfant se plaint de la gorge, elle ne peut rien avaler. Nous faisons ouvrir la bouche et nous remarquons sur la face interne des joues et sur le pharynx une rougeur érythémateuse diffuse avec quelques points blanchâtres. Température 39°5 ; urines albumineuses;

le diagnostic est réservé. Le 22 au matin, l'éruption s'est complètement constituée, elle occupe le tronc et les membres ; elle présente ce piqueté caractéristique qui en indique bien la nature. La langue, déjà entièrement desquamée, est d'un rouge vif et justifie bien la comparaison qu'on en fait avec une framboise. Les ganglions sous-maxillaires sont engorgés. Durée de la fièvre, 12 jours. Desquamation très abondante, les lambeaux épidermiques se détachaient encore un mois après. La toux a persisté longtemps après la guérison.

Observation XIX

(Personnelle)

Rougeole et coqueluche antécédentes.— Scarlatine avec toux non précoce, due à une congestion pulmonaire.

Marie-Louise Cl..., 9 ans, a eu la rougeole à 2 ans et la coqueluche l'année dernière.

Le 9 décembre, elle se lève avec mal de tête, sensation de froid et malaise général. Ces symptômes sont bientôt suivis de vomissements bilieux, de mal de gorge et de fièvre. Dans la nuit on s'aperçoit que des plaques rouges se forment sur le cou, sur la poitrine ; bientôt elles envahissent tout le corps. Sachant qu'une épidémie de scarlatine sévissait dans la localité et s'imaginant — on ne sait pourquoi — que cette maladie est toujours bénigne, les parents se dispensent de consulter un médecin et se contentent d'administrer quelques remèdes « de bonnes femmes », en ayant soin toutefois de suivre sur un thermomètre médical l'élévation ou la chute de la température.

Le thermomètre baissait, paraît-il, progressivement, il était descendu à 37°,6, la desquamation avait commencé, lorsque, après une nuit agitée pendant laquelle l'enfant avait

toussé sans discontinuer, il remonte brusquement à 39°,5. C'est alors qu'on nous fit appeler.

Le 19 au matin, en examinant la malade, nous sommes frappé de la fréquence des mouvements respiratoires — environ 40 à la minute. — La toux est sèche, pénible. A l'auscultation, quelques râles humides des deux côtés de la poitrine, mais à la base du poumon gauche, sur une étendue que la main pourrait circonscrire, on entend une respiration rude, soufflante, avec râles crépitants très nets. Température, 39°. La nuit suivante est mauvaise, la malade est très agitée. Le 20 au matin, temp. 40°; le soir, 40°,7. Effrayés par cette élévation croissante de la température, les parents demandent une consultation et il est entendu que le Dr H..., d'Arles, viendra le lendemain; mais dans la nuit, une défervescence brusque se produit et le 21 au matin, nous trouvons la situation entièrement changée. Le calme et le bien-être ont remplacé le malaise et l'agitation, le thermomètre est à 37°, les phénomènes généraux ont disparu. La toux persiste encore quelques jours, mais la convalescence s'établit ; elle sera longue et traînante.

Remarques. — Partant de l'idée préconçue que la scarlatine se complique rarement d'accidents du côté des organes respiratoires et obligé de nous en tenir pour les débuts de la maladie aux commémoratifs fournis par les parents, nous avons craint tout d'abord une erreur de diagnostic. N'avions-nous pas affaire à une pneumonie lobaire précédée d'un rash pneumonique? Le fait que la maladie avait éclaté en plein foyer scarlatineux et la présence de l'angine dans le cortège des premiers symptômes rendaient cette hypothèse peu probable, mais les caractères de la desquamation que nous avons pu constater nous-mêmes nous ont permis de l'écarter définitivement. En effet, les lambeaux épidermiques

se détachaient si étendus et si épais qu'on aurait pu affirmer la scarlatine, alors même qu'on n'aurait pas eu d'autres symptômes. Suivant la comparaison de la mère, on aurait dit la « peau d'un tambour ».

Quelle est la nature de la complication survenue ainsi vers le dixième jour ? L'absence de frissons et de vomissements au moment de l'invasion, la durée relativement courte de la pyrexie, la défervescence brusque survenue 48 heures après le début, les caractères de la toux, nous ont fait porter le diagnostic de congestion pulmonaire.

Quoi qu'il en soit, cette complication s'est produite *du côté des organes respiratoires*, chez une enfant atteinte de scarlatine et qui avait eu la coqueluche un an auparavant.

Observation XX

Rilliet et Barthez, *in extenso*. — Scarlatine débutant par la toux. Pharyngo-laryngite ulcéreuse. Mort.

Il s'agit d'un garçon de deux ans dont la maladie débute par une toux sonore : il n'y a pas de fièvre, l'appétit est normal ainsi que la soif. Cette toux dure cinq jours, après lesquels l'enfant est pris dans la nuit d'accès d'oppression avec chaleur, rougeur de la face, râle trachéal. Le lendemain, à l'hôpital un de nos collègues (M. le Dr Baron) lui trouve la face vivement colorée, les ailes du nez dilatées, le pouls fréquent, la peau assez chaude, la respiration ronflante à l'inspiration, sifflante à l'expiration, la face un peu bouffie. Il y a de la toux voilée, rentrée, tantôt sonore, tantôt semblable au cri d'un jeune coq, ce cri est sonore, les amygdales sont gonflées et couvertes de plaques blanches à leur face interne.

Ce début annonçait une diphtérie plutôt que toute autre maladie, cependant après cinq jours de cet état et le onzième

de l'apparition première de la toux, il survint une scarlatine qui fut irrégulière.

L'enfant mourut au dixième jour de l'exanthème, vingtième de la maladie, avec une pharyngo-laryngite ulcéreuse des plus graves et abcès dans la mâchoire.

Observation XXI

(Brissot (n° 2). — Résumée)

Coqueluche scarlatineuse

Enfant de 3 ans, a la coqueluche depuis 15 jours.

Au moment de son examen, les deux poumons sont remplis, le gauche surtout, d'un mélange de râles sibilants et muqueux à grosses bulles (vomitif), une quinte seulement depuis la veille.

Dix jours plus tard, éruption scarlatineuse avec température de 40°, 4 et 160 pulsations.

Le lendemain, l'éruption a disparu. Il s'agissait sans doute d'une scarlatine dont le début remontait à 2 ou 3 jours, mais que l'état souffreteux de l'enfant et la rougeur provoquée par les quintes de coqueluche avaient laissée passer inaperçue au début.

Evolution sans rien d'anormal.

La coqueluche reste à peu près dans le *statu quo*, elle se complique d'un peu de catarrhe bronchique.

Observation XXII

(Résumée)

Thèse Brissot n° 8. — Coqueluche. Scarlatine.— Congestion pulmonaire intense. Mort. Autopsie.

Enfant de 2 ans, rachitique, a des quintes de coqueluche très fréquentes (deux par heure) mais peu intenses. Dans la poitrine, respiration pure ; quelques râles discrets seulement à la base du poumon droit.

10 jours après, éruption scarlatineuse. Temp. matin et soir, 40°,5.

12e jour. L'éruption a pris une teinte plus brune. La respiration est fréquente et pénible. Submatité au niveau de la partie moyenne du poumon droit, où existe un souffle métallique avec des râles fins et éclatants dans les inspirations profondes et du retentissement du cri. Ces signes sont perçus dans l'aisselle et en avant presque près du mamelon. Le soir, la pneumonie a envahi les trois quarts inférieurs du poumon droit. Engorgement des ganglions sous-maxillaires.

13e jour. Mêmes signes physiques. Abattement profond, l'engorgement a envahi toute la région sous-maxillaire et la région parotidienne. Mort à 10 heures du soir.

Autopsie. — Poumons. On ne trouve absolument qu'une congestion assez forte du lobe inférieur droit, dont la couleur est d'un brun noirâtre, mais le tissu pulmonaire tout entier se laisse complètement insuffler. Il n'y a aucune trace d'hépatisation, mais à la coupe, après insufflation, le tissu pulmonaire est d'un rouge très vif dans tout le lobe inférieur, un peu moins vif dans le lobe supérieur. Le poumon gauche présente, dans sa partie postérieure, cette même infection. Pneumonie à forme congestive.

Observation XXIII

Très résumée

Thèse Brissot, n° 16. — Angine diphtérique. Scarlatine asez légère. Albuminurie. Broncho-pneumonie.

Fillette de 28 mois, sans antécédents.

Un jour, toux et voix voilées, puis tirage sternal et abdominal à la moindre émotion ; fausses membranes sur la luette et les amygdales. La respiration est très pure et ample. Peu à peu la toux devient catarrhale.

Mais au 9e jour toux rauque, dyspnée intense, tirage léger, amélioration le lendemain, la scarlatine commence à se déclarer.

18e jour. L'évolution a été normale. Toux paralytique.

19e jour La température s'élève sans que rien l'explique.

20e jour. Amaigrissement. Râles sous-crépitants aux deux bases. Submatité aux espaces scapulo-rachidiens.

21e jour. Courbe s'abaisse. Bronchite.

Après deux alternatives d'amélioration et d'aggravation au 38e jour, la courbe remonte à 39°,5. Respiration très fréquente. Souffle peu intense dans la fosse sous-épineuse gauche. Respiration tout à fait nulle en bas ; râles sous-crépitants. Teinte asphyxique des lèvres.

La malade est retirée par ses parents dans un état désespéré.

Observation XXIV

(Très résumée)

Thèse Brissot, n° 17. — Rougeole. — Scarlatine compliquée de diphtérie, broncho-pneumonie. — Variole hémorrhagique.

Fillette de 3 ans, sans antécédents.

Du 27 avril au 4 mai, une rougeole évolue avec une respiration très fréquente et dyspnée, mais à peine quelques râles discrets en avant ; amélioration.

4 mai. L'éruption a très notablement pâli, mais la courbe n'a pas suivi la même marche. Conjonctivite. Exsudat sur amygdale.

5. Conjonctivite et exsudat augmentent. Râles plus nombreux.

19. Après avoir présenté des râles très abondants la veille, la malade est dans un état très satisfaisant. La courbe reste toujours très élevée le soir, normale le matin.

4 juin. La courbe n'a cessé de s'abaisser. Il n'existe plus dans la poitrine que quelques râles disséminés, sans rudesse et sans souffle. L'enfant se lèvera aujourd'hui pour la première fois.

19. Fièvre. Douleur abdominale et frissons. Souffle et râles profonds.

22. Éruption rubéoliforme.

23. Il s'agit d'une variole commençante.

26. La variole a été hémorrhagique. Décès.

Observation XXV

(Résumée)

Thèse Brissot, n° 12. — Coqueluche. — Scarlatine suivie de pleuro-pneumonie

Enfant de 2 ans, a eu dans la journée de son entrée une quinte de coqueluche assez forte. Sept à huit dans la journée suivante.

Un mois après, fièvre et érythème scarlatineux, s'accentuant les trois jours suivants. Les quintes de toux sont restées stationnaires.

Trente-cinquième jour. Température, le soir 40°6. Au niveau du mamelon gauche, râles nombreux et rudesse de la respiration.

Le lendemain, l'éruption a pâli, la température reste élevée. Aucun signe stéthoscopique. Les quintes de toux n'ont diminué ni en nombre ni en intensité.

Trente-septième jour. Temp. 40°5. Submatité de la moitié inférieure du poumon gauche avec souffle bien accusé, râles éclatants ainsi que retentissement du cri.

Les jours suivants, aggravation marquée. — L'enfant est retiré par ses parents.

En résumé : un jour on trouve de la submatité de la moitié inférieure du poumon gauche, râles éclatants reten-

tissement du cri; en un mot tous les caractères de la pneumonie, mais deux jours auparavant, avec une forte fièvre, on constatait, au voisinage du mamelon gauche, des râles nombreux, éclatants, et un peu de rudesse de la respiration; puis le lendemain tout avait disparu, sauf la fièvre.

Observation XXVI

(Très résumée)

Thèse Brissot. — Catarrhe intestinal. — Scarlatine. — Diphtérie. — Broncho-pneumonie.

Enfant de 2 ans, de constitution misérable, rachitique, présentant de la diarrhée depuis longtemps, entre avec une toux catarrhale et de la conjonctivite.

Neuvième jour. Éruption scarlatineuse.

Sixième jour. Desquamation.

Trente-quatrième jour. Grands changements. Diphtérie et broncho-pneumonie emportent rapidement le malade.

ÉTUDE CLINIQUE

Aperçu général de l'épidémie Ses caractères distinctifs

Etiologie. — La scarlatine est éminemment contagieuse. La maladie, en effet, s'est transmise d'un malade à un autre depuis l'arrivée à Saintes-Maries d'une jeune fille de Saint-Gilles à laquelle nous croyons pouvoir faire remonter l'origine de la contagion. Dans une même famille plusieurs enfants ont été atteints C'est ainsi que nous avions jusqu'à quatre malades à soigner dans une même maison Il serait difficile de dire *comment* s'est communiqué le virus — air ambiant ou objet souillé par le malade, mais on a remarqué que la contagion s'était faite le plus souvent à l'école, soit que les petits convalescents y fussent envoyés trop tôt, soit que la maladie ait été transmise au début par des enfants chez lesquels elle ne s'était pas encore manifestée. — La contamination peut-elle se faire indirectement par une personne saine ayant été en contact avec un scarlatineux? Les avis sont partagés sur ce point. En tout cas, le danger de ce mode de transmission ne doit pas être grand, puisque pendant deux mois, nous avons soigné des scarlatineux et qu'aucun de nos enfants n'a été contaminé, malgré l'insuffisance des précautions prises. Par contre, ils n'ont pas échappé, trois mois plus tard, à une épidémie de rougeole, ce qui prouve, pour le dire en passant, que la prédisposition pour la scarlatine n'est pas aussi grande que pour la rougeole.

Âge. — Toutes nos observations se rapportent à des enfants dont l'âge varie entre 5 et 14 ans. Une seule fait mention d'une adulte âgée de 20 ans.

Incubation. — On sait qu'il n'est pas fréquent de pouvoir déterminer avec précision le moment où une personne s'est trouvée en contact avec le germe infectieux. Notre quatrième observation est intéressante à ce point de vue. En effet, la jeune N... arrivant d'A... avec ses parents, le 22 novembre, ne fait que traverser la localité pour se rendre à sa campagne située à 3 kil. Le 30 novembre, la maladie se déclare. Le temps compris entre ces deux dates représente bien la durée de l'incubation, si on admet que la contamination s'est faite le 22, jour de son passage. Nous avons eu la preuve que, pendant ces 8 jours, elle n'avait été en contact avec aucun malade.

Invasion. — Dans tous les cas, le début a été brusque et s'est manifesté par les symptômes suivants : frissons, céphalalgie, vomissements, fièvre, angine. Chez un malade, la fièvre a fait défaut. Deux fois seulement, l'exanthème a été le phénomène initial. Les vomissements ont été constants. J'insiste sur ce point, car certains auteurs disent qu'ils sont rares. Or, sur 32 cas, il n'y a pas eu une seule exception ; ils étaient presque toujours abondants et bilieux. J'attribue ce dernier caractère à l'influence paludéenne qui règne dans le pays.

La fièvre a présenté de grandes variétés. Nous avons déjà parlé d'un cas où l'apyrexie a été complète (Obs. III). Chez quelques sujets, la température a été de 38-39, chez d'autres elle s'est élevée à 40-41. Le plus souvent, elle s'est maintenue en plateau pendant 4 à 5 jours et sa chute a coïncidé avec la fin de l'éruption, d'autres fois sa durée a été plus longue et elle s'est terminée en lysis, avec quelques oscillations et intermittences.

L'Angine que nous avons rencontrée dans tous les cas a offert des différences notables suivant les sujets. Chez celui-ci simple enanthème à peine perceptible ; chez celui-là angine grave d'apparence diphtérique. Quand nous avons pu faire ouvrir la bouche à nos petits malades dans les cas les plus bénins, nous avons vu l'arrière-gorge couverte d'une rougeur plus ou moins vive, s'étendant sur le voile du palais, les amygdales et présentant un piqueté analogue à l'exanthème qui couvrait le reste du corps. Presque toujours, l'angine s'est montrée dans le stade d'invasion. Au chapitre des complications, nous verrons qu'elle peut se montrer vers le déclin de l'exanthème et en pleine convalescence. C'est alors l'angine secondaire et tardive qui coïncide avec une recrudescence de la fièvre et des phénomènes généraux.

Eruption. — Nous avons vu que l'exanthème s'est montré deux fois comme phénomène initial, mais dans la grande majorité des cas que nous avons observés, il s'est développé dans la nuit qui a suivi l'apparition des premiers symptômes, et en 24, 36 heures au plus, il était complètement constitué. Tantôt rougeur très forte et très vive, tantôt teinte légèrement rosée, l'éruption a présenté les nuances les plus variées ; toutefois le type classique dominait : piqueté, framboisé sur un fond uniformément rouge. La coloration de la langue mérite d'être signalée.

Dans la huitième observation, elle était lisse, luisante avec cette rougeur écarlate et ces saillies qui l'ont fait très justement comparer à une framboise. Ce signe, quand on l'a vu une fois, ne s'oublie pas, et si on le rencontre chez un malade on peut affirmer la scarlatine, même en l'absence des autres symptômes, mais il ne doit pas être fréquent, car nous ne l'avons rencontré que chez un seul sujet. Chez les autres, la langue était recouverte d'un enduit blanchâtre vers le milieu,

tandis que la pointe et les bords étaient d'un rouge plus ou moins vif. La durée de cette période a été en moyenne de 4 à 5 jours

Desquamation. — Ici encore, les variétés sont multiples. En règle générale, la desquamation est d'autant plus abondante que les phénomènes fébriles et l'éruption ont été plus intenses, mais il y a à cette règle de nombreuses exceptions. Dans plus d'un cas, la desquamation a été minime quand la température avait été élevée. Nous citons dans nos observations (obs. II) un cas où ce signe a fait complètement défaut.

Il s'agissait, au dire des parents, d'une récidive de la scarlatine et la desquamation aurait été très abondante lors de la première atteinte. Chez quelques sujets, elle a été presque imperceptible, chez d'autres les lambeaux épidermiques se détachaient si épais, si résistants (obs. VI) que, suivant l'expression de la mère, on aurait dit la peau d'un tambour. Entre ces deux extrêmes nous avons vu bien des formes d'intensité moyenne. Ici l'épiderme se détachait sous forme d'écailles minces et légères, ailleurs il formait de véritables gants, parfois c'étaient de petites lamelles que le frottement réduisait en poussière, produisant ainsi une exfoliation assez semblable à celle de la rougeole. Quoi qu'il en soit, cette période, à cause de sa longue durée, nous a servi plus d'une fois à faire le diagnostic rétrospectif.

Urines. — Nous n'ignorons pas l'importance qu'on attache à l'analyse de l'urine dans la scarlatine ; malheureusement, cette analyse n'a pu être faite que dans un tiers des cas environ, et deux fois seulement nous avons trouvé de l'albumine ; l'urine était rare, foncée, souvent trouble.

Formes anormales et complications. — En dehors des anomalies et des complications respiratoires dont nous ferons

une étude détaillée, nous avons eu : scarlatine apyrétique 1 cas, absence d'éruption 1 cas, de desquamation 1 cas.

Nous avons noté en outre 2 cas d'angine violente de début avec adénopathie considérable, 1 cas d'angine secondaire ou tardive à forme diphtérique, 2 cas d'otite, 2 cas d'arthropathie, néphrite 1 cas et 2 cas de chorée.

Revenons maintenant à l'anomalie la plus importante, la toux, et étudions les modifications que ce symptôme apporte :

1° A l'aspect clinique de la maladie ;

2° Au diagnostic ;

3° Au pronostic ;

4° Au traitement.

1° *A l'aspect clinique.* — Ici encore, nous allons retrouver la classification placée à la fin de l'Historique, la toux scarlatineuse et la toux des complications pulmonaires.

A. — Toux Scarlatineuse.

Cette toux est sèche, brève, quinteuse, opiniâtre, elle ne s'accompagne pas d'expectoration, elle produit une augmentation momentanée du nombre des inspirations, mais le rythme respiratoire, une fois la quinte passée, reprend une allure uniquement déterminée par l'élévation de la température.

Si on cherche par l'examen direct une cause sensible à ce phénomène anormal, on trouve une rougeur angineuse du pharynx, mais du côté des organes thoraciques, rien, absolument rien.

La toux scarlatineuse apparaît tantôt à la période prémonitoire, tantôt avec les symptômes du début, tantôt le troi-

sième ou même le quatrième jour de la pyrexie. Ce qui est à noter, c'est que son apparition coïncide le plus souvent avec celle de l'angine et que, dans tous les cas où elle a été observée, l'angine existait.

Elle persiste pendant toutes les périodes de la maladie, et se prolonge, bien que graduellement atténuée, après la convalescence et même après la guérison. J'ai vu plusieurs malades, chez lesquels tous les autres symptômes avaient disparu quand celui-là subsistait encore.

Brissot rapporte le cas d'un enfant qui avait eu la coqueluche six mois auparavant et qui toussa pendant toute la durée de la pyrexie scarlatineuse, et il ajoute : Cette toux reprenait parfois le caractère des quintes de coqueluche ». Nos observations confirment pleinement cette remarque de Brissot. Nous essayons, au chapitre de la Pathogénie, d'expliquer le mécanisme de cette toux.

Contentons-nous de dire, — et c'est là précisément le point intéressant des cas que nous publions — que tous les malades chez lesquels nous avons rencontré cette toux, avaient eu la coqueluche quelques mois auparavant.

Ce serait ici le lieu d'examiner une éventualité intéressante dont parlent quelques auteurs, mais que nous n'avons pas rencontrée chez nos malades. Quelle est l'influence de la scarlatine sur une coqueluche coexistante? Rillet et Barthez relèvent certains faits où cette dernière affection semble avoir été atténuée et Moizard écrit sans hésitation « que la coqueluche est guérie par une fièvre éruptive intercurrente. D'autres auteurs sont d'un avis différent. Nous ne discuterons pas ces opinions contradictoires puisque aucun des cas que nous avons observés ne rentre dans cette dernière catégorie.

B. — Toux de complications respiratoires

Cette variété de toux peut se montrer avec des caractères différents suivant les cas. — Quelquefois sèche et quinteuse, mais le plus souvent grasse et humide.

Elle apparaît aux diverses périodes de la maladie. Quelquefois au début, elle est le signe d'une bronchite observée antérieurement et dont le point de départ coïncide avec l'apparition de la fièvre éruptive. Elle peut être aussi le premier symptôme d'une laryngite qui, étant précoce, ne relève sûrement pas de la diphtérie et reconnaît pour cause le streptocoque. Ce cas est très rare d'ailleurs. L'observation de Rilliet et Barthez en serait un exemple.— « La maladie débute par la toux, cette toux dure 5 jours, un accès d'oppression survient le lendemain, l'éruption scarlatineuse apparaît, l'enfant meurt au dixième jour, avec des lésions de pharyngo-laryngite ulcéreuse, et abcès sous la mâchoire. Il est vrai qu'ici une question se pose. La pharyngite pseudo-membraneuse était-elle le début de la scarlatine ou bien celle-ci, contractée à l'hôpital, n'a-t-elle été que la complication de la pharyngite? Nous penchons vers cette dernière opinion, car nous ne connaissons aucun autre cas où les prodromes de la scarlatine aient duré aussi longtemps et se soient présentés avec de pareils symptômes.

A côté de ces éventualités exceptionnelles, il en est d'autres où la toux de complication est tardive. Elle est alors liée à une bronchite ou à une broncho-pneumonie, à une pleuro-pneumonie, à une congestion pulmonaire peu grave ou très intense, enfin à une laryngite diphtérique.

En même temps que la toux, se montrent des signes caractéristiques des lésions thoraciques plus ou moins graves : la

congestion pulmonaire s'accuse dans notre observation XIX par des râles humides des deux côtés, surtout à la base gauche, une respiration rude, puis un souffle au milieu d'une zone de matité et des râles crépitants de la base gauche. — (Dans l'observ. XVII des râles sibilants et muqueux à grosses bulles précèdent de dix jours l'éruption scarlatineuse. Nous ne saurions rappeler les signes de broncho-pneumonie, pleuro-pneumonie et congestion pulmonaire, décrits jour par jour avec un soin minutieux par Brissot.

La durée de la toux de complication est calquée sur la durée même de la complication. Nous verrons au pronostic que souvent elle entraine la mort.

2° *Au diagnostic.* — La toux, quelle qu'en soit la cause, lorsqu'elle se présente au début de la scarlatine, peut conduire à des erreurs de diagnostic On pourrait confondre soit avec un rhume ou une bronchite légère dans la période prodromique, soit avec une maladie des poumons ou la grippe si la céphalée, les vomissements et la fièvre ont déjà fait leur apparition. Or, il n'est pas sans importance de pouvoir reconnaître à ce moment même la nature de la maladie, puisqu'il est aujourd'hui hors de doute que la scarlatine offre pendant cette phase prémonitoire de sérieux dangers au point de vue de la contagion. En réalité, le diagnostic ne se fait jamais à cette période. L'absence des signes fournis par le stéthoscope éloigne l'idée d'une affection thoracique et.. on reste indécis. Heureusement, l'incertitude n'est pas longue, car, dans la scarlatine, l'éruption suit de si près les phénomènes du début que bientôt la confusion n'est plus possible qu'avec une autre fièvre éruptive : la rougeole.

Ici, il faut l'avouer, l'erreur est souvent difficile à éviter. Quand, chez un jeune sujet, on trouve parmi les prodromes d'une éruption les yeux rouges et humides, un peu de coryza

et de la toux, on pense plutôt à une affection morbilleuse, où ces accidents initiaux sont la règle, qu'à la scarlatine, où ils sont l'exception. Il n'est pas rare que l'hésitation subsiste même après la constitution complète de l'exanthème, car, à côté du type classique qui ne peut guère être méconnu, il y a des formes légères, frustes ou anormales, telles, par exemple, qu'une rougeole confluente compliquée de miliaire, où il est permis de se demander à laquelle des deux fièvres éruptives on a affaire.

Néanmoins, avec un peu d'attention et en se guidant non sur un signe isolé mais sur l'ensemble des symptômes, on arrivera presque toujours à une appréciation exacte.

Et d'abord, dans la grande majorité des cas, l'éruption scarlatineuse est des plus nettes et les différences avec celle de la rougeole sautent aux yeux. Une éruption brusque, rapidement constituée, qui débute par le tronc, qui est très étendue, sans intervalle de peau saine, qui présente un piqueté framboisé sur un fond uniformément rouge ou couleur jus de framboise, appartient incontestablement à la scarlatine.

Ajoutez à cela deux symptômes concomitants qui ne font presque jamais défaut dans cette pyrexie : l'angine et la desquamation caractéristique.

Il est enfin une donnée qui nous a été d'un très grand secours dans les cas douteux, c'est l'existence au moment même d'une épidémie de scarlatine dont nous avions pu observer des cas typiques. (Observations I, II, III, IV).

En résumé, quand, dans une localité infectée de scarlatine, certains sujets se rencontrent qui présentent, dès le début de la maladie, des symptômes catarrhaux qu'on ne voit d'ordinaire que dans la rougeole, le médecin, éclairé par la notion d'épidémie, par l'étude attentive des symptômes

et par les commémoratifs, pourra, dans le plus grand nombre des cas, affirmer l'existence de l'infection scarlatineuse.

3° *Au pronostic.* — Plus encore que partout ailleurs, la division en toux scarlatineuse simple et toux de complications pulmonaires garde ici toute sa valeur. Pronostic bénin pour l'une, pronostic souvent grave pour l'autre, marquant bien une distinction très nette.

Dans l'épidémie qui nous occupe, la toux scarlatineuse s'est présentée presque toujours chez des malades ayant été atteints de coqueluche peu de temps auparavant. L'observation XVII, de Brissot, est un exemple d'une coqueluche ancienne qui semble revenir à la période d'acuité.

Le pronostic que comporte cette toux est bénin, avons-nous dit. Oui, en ce sens que ce symptôme ne semble influer en rien sur la marche et la terminaison de la maladie. Toutefois, des observations que nous avons recueillies se dégage un fait que nous ne pouvons passer sous silence, c'est que chez tous les sujets qui ont présenté de la toux, même sans lésions thoraciques d'aucune sorte, la scarlatine a revêtu une forme plus sévère que chez les malades qui n'ont eu que les symptômes habituels de la maladie. Parmi ceux-ci se rencontrent les cas types à évolution normale ou bien encore les formes frustes et atténuées, sans angine, sans fièvre, où l'éruption est discrète, la desquamation presque imperceptible, où la marche est rapide, la convalescence courte et la guérison complète. Parmi ceux-là, nous trouvons des troubles morbides plus accentués. Angine violente avec adénopathie considérable, éruption intense, température élevée, desquamation abondante et toute la série des complications par bonheur peu graves, que nous avons signalées dans notre étude clinique. Sans attacher à cette constatation plus d'importance qu'il ne convient et considérant l'issue constamment

heureuse des cas que nous avons eu à traiter, nous croyons pouvoir considérer la toux scarlatineuse comme un simple épiphénomène n'ayant, dans la plupart des cas, aucun caractère de gravité.

Tout autre est le pronostic que doit évoquer la toux de complications. — S'agit-il de laryngite de début, laryngite relevant des streptocoques, elle est l'indice d'une infection locale dont les ravages sont parfois redoutables. N'est-ce pas une pharyngo-laryngite ulcéreuse qui emporte le malade de Rilliet et Barthez (Obs. XX). La laryngite tardive est de nature diphtérique, elle est le fait d'une affection fort grave et dont le pronostic doit être réservé.

Enfin, si la toux est liée à une congestion pulmonaire, on peut espérer un retour rapide à l'état normal dans les cas d'atteinte légère ou craindre une terminaison fatale chez des sujets dont l'organisme est affaibli ou débilité, terminaison qu'entraîne presque toujours la broncho-pneumonie. Hase a d'ailleurs relevé 13 décès dans 31 cas de scarlatine greffée sur la coqueluche, et Appert, 7 morts dans 12 cas de pneumonie.

4° *Au traitement.* — I. Le traitement de la toux scarlatineuse est simple et à peu près uniforme. Nous avons employé le sirop de belladone associé au sirop de tolu et dans certains cas à l'antipyrine.

II. Le traitement de la toux tardive se confond avec celui de la complication qui lui a donné naissance.

PATHOGÉNIE

Nous ne nous arrêterons pas à exposer la pathogénie de la toux de complications au cours de la scarlatine; les lésions laryngées, pulmonaires, pleurales, en sont la cause.

Mais ce qui vraiment nous intéresse, c'est l'explication de la *toux scarlatineuse*, toux du début, coïncidant avec de simples lésions d'angine. Or, les cas assez nombreux que nous avons personnellement rassemblés, la recherche des antécédents dans les autres observations que nous avons colligées, montrent que presque toujours le petit malade chez lequel la toux survient a été antérieurement atteint de coqueluche. A telle enseigne que la question de pathogénie que nous cherchons à expliquer se présente avec la concision mathématique suivante :

Un ancien coquelucheux attrape la scarlatine ; parmi les symptômes de cette pyrexie on trouve une toux sèche, quinteuse opiniâtre, quelle en peut être l'explication?

Notre plan se dégage déjà avec netteté ; il est logique : 1° de rappeler quel est le mécanisme de la toux ; 2° de voir comment la coqueluche détermine la toux ; 3° de montrer que la scarlatine peut, à son tour, provoquer la toux, soit en ravivant peut-être la coqueluche éteinte, soit en excitant de par ses lésions, même minimes, une région antérieurement prédisposée :

1° La toux est un phénomène réflexe. Le point de départ de ce réflexe se trouve le plus souvent dans la sphère de

distribution du laryngé supérieur (Rosenthal), mais il peut siéger ailleurs; par exemple, la base de la langue, la paroi supérieure du pharynx (Kotty , le voile du palais, les nerfs pneumogastriques et glosso-pharyngiens, etc. L'intensité de la toux n'est pas en rapport avec la gravité des lésions. Conséquence : une excitation, même légère, de la muqueuse du pharynx et des amygdales (glosso-pharyngien et laryngé supérieur) déterminera la toux ;

2° L'origine de la coqueluche, et partant la cause de la quinte, est susceptible suivant les auteurs de deux explications différentes. Pour les uns, la coqueluche est une névrose des voies respiratoires, frappant surtout le nerf laryngé supérieur ; pour les autres, il y aurait infection locale limitée aux voies respiratoires, bronches, trachée et larynx. Dans l'une et l'autre hypothèse la quinte pourrait avoir, comme point de départ, l'accumulation des mucosités sur les cordes vocales (Beau).

3° Peu importe ici la nature même de la scarlatine. Le fait constant, c'est qu'il y a angine, c'est-à-dire inflammation de la muqueuse pharyngée et souvent des amygdales, et cette inflammation peut être suivie d'excitations réflexes. Donc, l'angine scarlatineuse portant sur le domaine du glosso-pharyngien surtout, du laryngé supérieur également, peut, dans certains cas, être le point de départ du réflexe de la base. Ce point est admis par tous les auteurs, mais nous n'avons trouvé nulle part une réponse à cette question : Quels sont précisément les cas où l'angine scarlatineuse provoque la toux et pourquoi ces cas sont-ils si restreints, étant donné que l'angine est dans la scarlatine un phénomène constant ? Si les observations que nous avons recueillies sont exactes, nous sommes fondé à dire que l'angine scarlatineuse provoque la toux chez les malades affectés antérieurement et à une date récente de coqueluche ou peut-

être de telle autre maladie à toux. Si les cas sont peu nombreux, cela tient sans doute à ce que ces conditions se rencontrent rarement en clinique. Peut-être bien sont-ils plus fréquents qu'on ne pense et qu'ils passent inaperçus.

Quant à l'explication que nous pouvons en fournir, elle sera brève après ce que nous avons dit plus haut. Que l'on admette une névrose du laryngé supérieur ou, plus vraisemblablement, l'hypothèse d'une irritation inflammatoire infectieuse des voies respiratoires supérieures, n'est-il pas plausible d'admettre que l'angine survenant au début de la scarlatine provoquera d'autant plus facilement le réflexe de la toux que les nerfs glosso-pharyngien et pneumogastrique auront été eux-mêmes longtemps et violemment excités à une date antérieure? En d'autres termes, une coqueluche relativement récente, si elle a été intense et de longue durée, ne peut-elle pas avoir créé sur l'appareil nerveux du pharynx et les amygdales un lieu de moindre résistance, une prédisposition morbide favorable à l'éclosion du symptôme anormal?

CONCLUSIONS

I. On peut, au cours de certaines épidémies de scarlatine, observer de la toux.

II. Cette toux, si elle est tardive, est due à une complication laryngée, bronchique ou pulmonaire; son allure clinique, son traitement et sa pathogénie trouvent là leur explication.

III. La toux quinteuse, sèche, opiniâtre et persistante, qui apparaît au début ou en même temps que l'angine, n'a que la valeur d'un symptôme anormal et peut être désignée sous le nom de toux scarlatineuse.

IV. La toux scarlatineuse se montre surtout chez les sujets atteints antérieurement de coqueluche et peut-être de broncho-pneumonie, grippe, rougeole ou toute autre maladie de l'appareil respiratoire.

V. Ces affections ont créé sur l'appareil nerveux des voies respiratoires une prédisposition et un lieu de moindre résistance.

VI. La toux scarlatineuse n'augmente pas la gravité et ne modifie en rien le pronostic de la fièvre éruptive.

BIBLIOGRAPHIE

Apert. — La scarlatine à l'hôpital des enfants malades en 1895. Société méd. des hôpitaux, 8 mai 1896, et Revue d'Hayem, 1896, 48. pag. 584

Bailly et Rilliat.

Bergé. — Pathogénie de la scarlatine. Thèse de Paris, 1895

Bouchut.

Brissot. — Relation d'une épidémie de scarlatine observée à l'hôpital Sainte Eugénie, dans le service de M. Bergeron. Th. Paris, 1870, n° 305

Cadet de Gassicourt. — Traité clinique des maladies de l'enfance, 1887. Tom II. pag. 397.

Caiger. — Analysis of 1008 cases scarlat fever. The Lancet, 6 juin 1891.

Caiger (Foord). — On the Complications of scarlat fever, l'Univ. hosp. Rep., XXI, pag. 109. 1893.

Comby. — Article Coqueluche. Traité des maladies de l'Enfance de Graucher. Tom. I, pag. 304.

Couatarmanoch. — Etude sur une forme anormale de la scarlatine (scarlatine apyrétique). Thèse de Paris, 1893, n° 44.

d'Espine et Picot. Manuel pratique des maladies de l'enfance.

Fiessinger. — La spontanéité de la scarlatine. Gaz. méd. de Paris 17 décembre 1892. La scarlatine apyrétique. Gaz. méd. de Paris, 4 et 11 mars 1893.

Filatow. — Diagnostic et similologie des maladies de l'enfant, 1893, pag. 527.

Guénon. — Article scarlatine, in Th. de médecine de Charcot et Bouchard, tom. II, pag. 62.

Hose. — Satistik der Scharlat, in Revue de Hayem, 1895, 45, p. 586.

Jaccoud. — Leçons de cliniques médicales. tom. III, XIVe leçon, pag. 246.

Mazeroux. — Etude clinique d'une épidémie de scarlatine observée à l'hôpital Necker pendant l'année 1894. Th. Paris, 1895, n° 473.

Moizard.— Article scarlatine in Traité des maladies de l'Enfance de de Grancher, Comby, Marfan, tom. I. pag. 113.

Picot. — Article scarlatine du nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, 1882.

Rilliet et Barthez. — Traité clinique et pratique des maladies des enfants, 1843. Tom. II, pag. 567.

Sallart. — Article scarlatine, in Manuel de médecine de Debove et Achard, tom. III, pag. 183.

Sanné. — Article scarlatine, in Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales, 1879.

Trousseau. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris, 1893. Tom. I, pag. 166.

Wurtz.— In Traité de médecine et de thérapeutique. Tom. I, p. 178.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 30 Avril 1902
Le Recteur,
A. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 30 Avril 1902.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Medecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.